Deutscher Bundestag **Drucksache 14/6949**

14. Wahlperiode 24. 09. 2001

Gesetzentwurf

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG)

A. Problem

Eine Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere von demenzkranken Mitbürgern ist nach übereinstimmender Auffassung aller, die in der Pflege Verantwortung tragen, dringend erforderlich. Das Spektrum der Probleme, die angegangen werden müssen, um zu einer durchgreifenden Verbesserung zu kommen, ist groß. Defizite in quantitativer sowie qualitativer Hinsicht bestehen nicht nur im Bereich der gezielten Prävention, der frühzeitigen Diagnostik und ganzheitlichen, umfassenden Therapie, sondern auch im Bereich der Pflege und Betreuung sowie der angemessenen Beratung. Hier sind insbesondere auch mit Blick auf die zu erwartende demografische Entwicklung erhebliche Anstrengungen erforderlich.

Zu den notwendigen Schritten gehören auch verbesserte Leistungsangebote der Pflegeversicherung. Nach der Konzeption der Pflegeversicherung ist bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu den drei Pflegestufen der Hilfebedarf bei den im Gesetz (§ 14 Abs. 4 SGB XI) aufgelisteten regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität (Grundpflege) und hauswirtschaftlichen Versorgung zu berücksichtigen. Dabei zählen zwar auch die Hilfeleistungen „Beaufsichtigung und Anleitung“ zu den zu berücksichtigenden Hilfeleistungen, soweit sie im Zusammenhang mit den Verrichtungen des täglichen Lebens stehen. Nicht berücksichtigt wird jedoch der Hilfebedarf bei der nicht verrichtungsbezogenen allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung, obwohl gerade dieser Hilfebedarf bei gerontopsychiatrisch veränderten Menschen ebenso wie bei geistig behinderten und psychisch kranken Menschen oftmals einen erheblichen Teil des Versorgungs- und Betreuungsaufwandes ausmacht. Dies wird von den Betroffenen und ihren Angehörigen, die durch die Pflege in hohem Maße physisch und psychisch beansprucht werden, als unbefriedigend empfunden. Handlungsbedarf besteht vor allem im Bereich der häuslichen Pflege.

Im stationären Bereich ist durch das zum 1. Januar 2002 in Kraft tretende Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG – mit dem dort vorgesehenen Instrument der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der gerontopsychiatrischen Pflege geschaffen worden. Mit Hilfe dieser Vereinbarungen, in denen die wesentlichen Leistungen und Qualitätsmerkmale maßgerecht zugeschnitten auf die konkreten Leistungs- oder Versorgungserfordernisse des einzelnen Pflegeheimes festzuhalten sind, kann der

besondere Hilfebedarf, den demenziell erkrankte, geistig behinderte und psychisch kranke Heimbewohner aufweisen, besser als bisher in den heimindividuellen Vertragsverhandlungen auf der Vergütungsseite berücksichtigt werden. Damit wird es den Pflegeheimträgern möglich, ihren Anspruch auf leistungsgerechte Vergütungen wirksamer als bisher durchzusetzen.

B. Lösung

In einem ersten Schritt soll der verfügbare Finanzspielraum in der Pflegeversicherung von jährlich rd. 0,28 Mrd. Euro konzentriert dort eingesetzt werden, wo der Handlungsbedarf am größten ist. Dies ist der häusliche Bereich. Daher sieht dieser Entwurf ein Bündel von Maßnahmen zur Stärkung und Förderung der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung vor. Es sollen für die pflegenden Angehörigen zusätzliche Möglichkeiten zur dringend notwendigen Entlastung geschaffen, für die Pflegebedürftigen in der Entlastungsphase der pflegenden Angehörigen aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuungsangebote zur Verfügung und strukturpolitisch sinnvolle Weichen gestellt werden. Im Einzelnen sind folgende Maßnahmen vorgesehen:

1. Es wird ein zusätzlicher Leistungsanspruch für Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung im Elften Buch Sozialgesetzbuch eingeführt. Danach kann dieser Personenkreis bei häuslicher Pflege zusätzliche finanzielle Hilfen der Pflegeversicherung im Werte von bis zu 460 Euro pro Kalenderjahr für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen.
2. Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, insbesondere für demenziell Erkrankte, wird gefördert mit zwei ineinander greifenden Komponenten:

   a) Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote,
   ergänzt durch oder kombiniert mit der

   b) Förderung von Modellprojekten.

   Beide Komponenten werden anteilig durch die soziale und private Pflegeversicherung einerseits sowie durch Land oder Kommunen andererseits in Höhe von insgesamt 20 Mio. Euro jährlich finanziert. Dadurch soll in Ergänzung und Unterstützung des bisherigen Leistungsangebotes der Pflegeversicherung ein zusätzliches Betreuungsangebot für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, insbesondere demenziell erkrankte Pflegebedürftige, geschaffen werden.
3. Bestehende Beratungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf werden verbessert und erweitert, insbesondere werden beratende Hilfen im häuslichen Bereich durch zusätzliche Hausbesuche ausgebaut.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugsaufwand

Für die Haushalte von Bund, Ländern und Kommunen entstehen im Rahmen der Beihilfe durch den zusätzlichen Anspruch auf Betreuungsleistungen und

die Erweiterung der Beratung im häuslichen Bereich schwer zu quantifizierende Mehrkosten in Höhe von etwa 10 Mio. Euro jährlich, davon etwa 1 Mio. Euro für den Bund. Wenn Länder und Kommunen sich an der Förderung des Auf- und Ausbaus niedrigschwelliger Betreuungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie an der Förderung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im vorgesehenen Umfang beteiligen, wird dies bei Ländern und Kommunen insgesamt zu weiteren Mehrbelastungen in Höhe von jährlich bis zu 10 Mio. Euro führen.

2. Vollzugsaufwand

Den sozialen Pflegekassen sowie den Ländern oder Kommunen entsteht durch die Förderung der Betreuungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie für die Durchführung von Modellvorhaben geringfügiger Verwaltungsmehraufwand.

E. Sonstige Kosten

Unmittelbare Auswirkungen auf die private Wirtschaft entstehen durch das Gesetz nicht. Das Gesetz führt durch den zusätzlichen Anspruch auf Finanzierung von Betreuungsleistungen in Höhe von 460 Euro jährlich sowie durch die begrenzte Erweiterung des Anspruchs auf einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich, die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und die Durchführung von Modellvorhaben zu Mehrausgaben von jährlich bis zu 0,28 Mrd. Euro in der sozialen Pflegeversicherung und etwa 9,2 Mio. Euro in der privaten Pflegepflichtversicherung. Die verbesserten Leistungsangebote sind geeignet, den längeren Verbleib der Pflegebedürftigen in ihrem häuslichen Bereich zu sichern und verhindern damit eine frühzeitige Inanspruchnahme der kostenintensiven vollstationären Pflege. Die getroffenen Regelungen dürften daher tendenziell zu Einsparungen im stationären Bereich führen.

Gemessen am Gesamtvolumen der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1999 von rd. 16,4 Mrd. Euro und an den Aufwendungen der privaten Pflegepflichtversicherung von rd. 3 Mrd. Euro sind die Mehrausgaben von so geringer Bedeutung, dass mittelbare Auswirkungen auf die Wirtschaft nicht zu erwarten sind. Vor diesem Hintergrund ist auch nicht mit Auswirkungen auf Einzelpreise sowie das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau zu rechnen.

Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch …, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

   a) Nach § 43a „Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe“ wird folgender Titel eingefügt:

   „Fünfter Titel
   Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege

   § 43b
   Finanzierungszuständigkeit“

   b) Nach „§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen“ wird folgender Abschnitt eingefügt:

   „Fünfter Abschnitt
   Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

   § 45a Berechtigter Personenkreis

   § 45b Zusätzliche Betreuungsleistungen

   § 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“.

2. § 37 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

   „(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

   1. bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich,

   2. bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich

   eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 16 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 26 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.“

   b) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze 4 bis 6 angefügt:

   „(4) Die Pflegedienste sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Der beauftragte Pflegedienst hat dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

   (5) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3.

   (6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.“

3. § 41 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „kann“ die Wörter „oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist“ eingefügt.

   b) In Absatz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2001“ durch die Angabe „31. Dezember 2004“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Wird die Leistung nach Absatz 2 neben der Sachleistung nach § 36 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat den in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrag nicht übersteigen. Wird die Leistung nach Absatz 2 neben dem Pflegegeld nach § 37 in Anspruch genommen, gilt § 38 Satz 2 entsprechend.“

4. In § 42 Abs. 2 und § 43 Abs. 2, 3 und 5 wird jeweils die Angabe „31. Dezember 2001“ durch die Angabe „31. Dezember 2004“ ersetzt.

5. Nach § 43a wird folgender Fünfter Titel eingefügt:

„Fünfter Titel
Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege

§ 43b
Finanzierungszuständigkeit

Vom 1. Januar 2005 an übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die in § 41 Abs. 2, § 42 Abs. 2 sowie § 43 Abs. 2, 3 und 5 genannten Aufwendungen für die in den Einrichtungen notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Das Nähere wird in einem besonderen Gesetz geregelt.“

6. Nach § 45 wird folgender Fünfter Abschnitt eingefügt:

„Fünfter Abschnitt
Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

§ 45a
Berechtigter Personenkreis

(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. Die Spitzenverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich beschließen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

§ 45b
Zusätzliche Betreuungsleistungen

(1) Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können neben den in diesem Kapitel vorgesehenen Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen und erhalten zu deren Finanzierung einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Pflegebedürftigen entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der Tages- oder Nachtpflege,
2. der Kurzzeitpflege,
3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder

4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind.

(2) Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten Betreuungsleistungen. Wird der Betrag von 460 Euro in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Pflegebedürftige, die erst im Laufe eines Kalenderjahres die Leistungsvoraussetzungen nach § 45a erfüllen, erhalten den Betrag von 460 Euro anteilig.

(3) Die zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen stellt den Pflegebedürftigen auf Verlangen eine Liste der in ihrem Einzugsbereich vorhandenen qualitätsgesicherten Betreuungsangebote zur Verfügung, deren Leistungen mit dem Betreuungsbetrag nach Satz 1 finanziert werden können. Das Nähere zur Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote wird durch Landesrecht geregelt.

§ 45c
Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige fördern die Spitzenverbände der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 10 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt zehn vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.

(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 20 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

(3) Niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 45a) in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Die Förderung dieser niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren, sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a sowie Familienentlastende Dienste.

(4) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(5) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt.

(6) Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen Betreuungsangebote und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Das Nähere zur Umsetzung der Empfehlungen wird durch Landesrecht geregelt.

(7) Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.“

7. In § 111 Abs. 1 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 110“ die Wörter „sowie zur Aufbringung der Fördermittel nach § 45c“ eingefügt.

Artikel 2

Änderung des Bundessozialhilfegesetzes

In § 69a Abs. 5 Satz 4 des Bundessozialhilfegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. März 1994 (BGBl. I S. 646, 2975), zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 26. Juni 2001 (BGBl. I S. 1310), wird die Angabe „§ 37 Abs. 3 Satz 7“ durch die Angabe „§ 37 Abs. 6“ ersetzt.

Artikel 3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am … in Kraft.

Berlin, den 24. September 2001

Dr. Peter Struck und Fraktion
Kerstin Müller (Köln), Rezzo Schlauch und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Ausgangslage und Problem

Eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Mitbürger ist nach übereinstimmender Auffassung aller, die in der Pflege Verantwortung tragen, dringend erforderlich. Das Spektrum der Probleme, die angegangen werden müssen, um zu einer durchgreifenden Verbesserung zu kommen, ist groß. Notwendig ist nicht nur eine gezielte Prävention, eine frühzeitige Diagnostik, eine umfassende ganzheitliche Therapie, sondern auch ein flächendeckendes abgestuftes Versorgungsangebot mit Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, ambulanter Pflege, niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, angemessenen Beratungsangeboten für Pflegende sowie den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werdende Wohnformen. In allen genannten Bereichen sind derzeit sowohl in quantitativer wie qualitativer Hinsicht noch Defizite zu verzeichnen. Hier sind insbesondere auch mit Blick auf die zu erwartende demografische Entwicklung erhebliche Anstrengungen erforderlich.

Zu den notwendigen Schritten gehören auch verbesserte Leistungsangebote der Pflegeversicherung. Nach der Konzeption der Pflegeversicherung ist bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu den drei Pflegestufen nur der Hilfebedarf bei den im Gesetz (§ 14 Abs. 4 SGB XI) aufgelisteten regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität (Grundpflege) und hauswirtschaftliche Versorgung zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung von Tätigkeiten und Hilfeleistungen, die nicht diesen Verrichtungen zuzurechnen sind oder die einer nicht verrichtungsbezogenen allgemeinen Anleitung und Beaufsichtigung bei anderen Alltagshandlungen dienen, lässt das Gesetz nicht zu.

Dabei haben das Gesetz sowie alle weiteren Regelungen zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes zwar durchaus die Gleichbehandlung psychisch Kranker und geistig Behinderter mit Menschen zum Ziel, deren Pflegebedürftigkeit auf einer körperlichen Erkrankung beruht. So werden in den gesetzlichen Grundlagen bei der Beschreibung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit Personen mit geistigen oder seelischen Krankheiten solchen gleichgestellt, die an einer körperlichen Erkrankung oder Behinderung leiden, und die für diesen Personenkreis so wichtigen Hilfeleistungen „Beaufsichtigung und Anleitung“ werden mit zu den Hilfeleistungen im Sinne der Pflegeversicherung gezählt, soweit sie im Zusammenhang mit den Verrichtungen des täglichen Lebens stehen. Zudem ist zur sachgerechten Begutachtung dieses Personenkreises in den Begutachtungs-Richtlinien in den einleitenden Erläuterungen zu den Orientierungswerten für die Pflegezeitbemessung ausdrücklich der Hinweis für die Gutachter enthalten, dass der Zeitaufwand für die Beaufsichtigung und Anleitung in der Regel höher anzusetzen ist als in den Orientierungswerten für die Hilfeform „vollständige Übernahme“ angegeben. Begutachtungsergebnisse der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung belegen, dass altersverwirrte, psychisch kranke und geistig behinderte Menschen tatsächlich auch in erheblichem Umfang von Leistungen der Pflegeversicherung erreicht werden.

Tatsache ist jedoch auch, dass der Hilfe- und Betreuungsbedarf des Personenkreises der gerontopsychiatrisch veränderten Menschen sowie der geistig behinderten sowie der psychisch kranken Menschen oftmals über den Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität (Grundpflege) und hauswirtschaftliche Versorgung hinausgeht, den die Pflegeversicherung für ihre Leistungen ausschließlich zugrunde legt. Dies wird von den Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen, die durch die Pflege und Betreuung in hohem Maße physisch und psychisch belastet sind, als unbefriedigend empfunden. Die bessere Berücksichtigung des nicht verrichtungsbezogenen allgemeinen Hilfe- und Betreuungsbedarfs im Rahmen der Pflegeversicherung ist daher eine der Hauptforderungen aller am Pflegegeschehen Beteiligten und ein wesentliches Anliegen der Bundesregierung.

Der Handlungsbedarf

Handlungsbedarf besteht derzeit vorrangig im ambulanten Bereich, dort ist eine Entlastung in der Versorgungssituation Pflegebedürftiger mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf besonders dringlich. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die pflegenden Angehörigen, die durch die Pflege und die allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung vielfach rund um die Uhr zeitlich beansprucht werden, weil sie den Pflegebedürftigen nicht allein lassen können.

Im stationären Bereich setzen notwendige Verbesserungen in der Betreuung von Heimbewohnern mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf Leistungsverbesserungen der Pflegeversicherung nicht voraus. Denn die in stationären Einrichtungen entstehenden Aufwendungen für den besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf demenziell erkrankter Pflegebedürftiger können bereits jetzt aufgrund des gesetzlich eingeräumten Anspruchs des Heimträgers auf eine leistungsgerechte Vergütung in den Heimentgelten Berücksichtigung finden.

Im stationären Bereich sind vorrangig Maßnahmen zur Sicherung, Weiterentwicklung und Prüfung der Pflegequalität erforderlich. Diesen Handlungsbedarf hat die Bundesregierung bereits mit dem Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) aufgegriffen, das zum 1. Januar 2002 in Kraft tritt. Durch das PQsG werden die Rahmenbedingungen geschaffen, die sicherstellen sollen, dass eine ganzheitliche und zukunftsorientierte Pflege und Betreuung möglich ist.

Es werden nicht nur neue Instrumente zur Qualitätssicherung und -entwicklung eingeführt und landesweite Vereinbarungen von Personalbemessungssystemen oder Personalrichtwerten vorgesehen, die wenigstens Personalanhaltszahlen und Fachkraftquoten umfassen. Es wird vielmehr auch den Pflegeheimträgern das neue Instrument der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung an die Hand gegeben, auf dessen

Grundlage die für das einzelne Pflegeheim erforderliche Personalausstattung vereinbart und zur verbindlichen Voraussetzung für Vergütungsverhandlungen gemacht werden kann. Der maßgerechte Zuschnitt derartiger Vereinbarungen auf die jeweilige Klientel eines Pflegeheimes kommt insbesondere demenziell erkrankten Heimbewohnern zugute. Ihr besonderer Bedarf an Leistungen der allgemeinen sozialen Betreuung kann über das neue Vertragsinstrument genau abgebildet und muss entsprechend vergütungsmäßig berücksichtigt werden. Damit wird es den Pflegeheimträgern möglich, ihren Anspruch auf leistungsgerechte Vergütungen wirksamer als bisher durchzusetzen.

Handlungsbedarf zur Stärkung der häuslichen Pflege besteht insbesondere auch mit Blick auf die künftige demografische Entwicklung, die durch steigende Lebenserwartung und Zunahme des Anteils der über 65-Jährigen und insbesondere auch der Hochbetagten an der Wohnbevölkerung gekennzeichnet ist. Diese Gruppe ist in erhöhtem Maße vom Risiko einer demenziellen Erkrankung betroffen. Gleichzeitig sinkt der Bevölkerungsanteil jüngerer Menschen, die pflegen können. Veränderungen in den Lebensbedingungen und familiären Beziehungen führen zu einer weiteren Zunahme der Kleinfamilien und Einpersonenhaushalte. Diese gesellschaftlichen Entwicklungen erschweren die häusliche Pflege und verstärken damit die Notwendigkeit, rechtzeitig und ausreichend bedarfsorientierte Hilfeangebote für Demenzkranke zur Stärkung und Förderung der häuslichen Pflege zu schaffen, um eine frühzeitige Inanspruchnahme vollstationärer Pflege zu vermeiden. Es müssen Pflegearrangements entwickelt werden, die Demenz in ihren Auswirkungen für die Betroffenen und ihre pflegenden Angehörigen sowie die professionellen Pflegekräfte erträglicher macht.

Der finanzielle Handlungsspielraum

Derzeit stehen für Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung jährlich rd. 0,28 Mrd. Euro zur Verfügung. Bei diesem Betrag sinkt der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung auch längerfristig nicht unter die gesetzliche Finanzreserve von 1,5 Monatsausgaben ab.

Leistungsverbesserungen, deren Ausgabenvolumen sich nicht im Rahmen dieses Finanzspielraums bewegen, wären nur über eine Anhebung des gesetzlich festgelegten Beitragssatzes von 1,7 vom Hundert zu finanzieren. Dies würde jedoch dem ebenfalls in der Koalitionsvereinbarung festgelegten Ziel der Bundesregierung widersprechen, die Lohnnebenkosten zu senken und so die Grundlagen für mehr Wachstum und Beschäftigung in Deutschland zu schaffen. Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung können daher derzeit nur in dem Umfang verantwortet werden, den der Beitragssatz von 1,7 vom Hundert zulässt.

Aufgrund dieser bestehenden finanziellen Rahmenbedingungen ist es nicht möglich, mit diesem Gesetz die Demenzproblematik durchgreifend zu lösen, der Teilsicherungscharakter der Pflegeversicherung wird grundsätzlich auch in diesem Bereich nicht verändert werden können. So erlaubt der Finanzrahmen auch nicht, den allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf mit einem pauschalen Zeitzuschlag von täglich 30 oder 40 Minuten bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu den einzelnen Pflegestufen zu berücksichtigen.

Diese Lösung hätte zwar den Vorteil, dass sie auch die Situation derjenigen hilfebedürftigen Menschen verbessern würde, die bisher nicht von Leistungen der Pflegeversicherung erreicht werden, weil bei ihnen der verrichtungsbezogene Hilfebedarf nach den §§ 14 und 15 nicht für die Pflegestufe I ausreicht (so genannte Stufe-0-Fälle). Die fachliche Prüfung dieses weitreichenden Vorschlages hat jedoch ergeben, dass bereits ein Zeitzuschlag von 30 Minuten täglich zu Mehrausgaben in der sozialen Pflegeversicherung von jährlich mindestens 0,8 Mrd. Euro führen würde. Finanzielle Mehrbelastungen in dieser Größenordnung sind mit dem Beitragssatz von 1,7 vom Hundert nicht zu finanzieren. Daher kann dieser Lösungsansatz derzeit finanziell nicht verantwortet werden.

Es kann auch keine Lösung darin gesehen werden, zur Verringerung des Mehrausgabenvolumens den allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf nur bei denjenigen hilfebedürftigen Personen mit einem Zeitzuschlag bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen, die bisher keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Es wäre eine sachlich nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung, den allgemeinen Betreuungsbedarf nur bei den so genannten Stufe-0-Fällen, nicht jedoch bei denjenigen zu berücksichtigen, die als Pflegebedürftige im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes anerkannt sind, obwohl diese Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen letztlich noch schwerer betroffen sind, weil bei ihnen der allgemeine Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf noch zusätzlich zu dem erheblichen Hilfebedarf besteht, der für die Einstufung in die Pflegestufen I bis III vorausgesetzt wird.

II. Das Lösungskonzept der Bundesregierung

Ziele

- In einem ersten Schritt soll der sich bietende Finanzspielraum in der Pflegeversicherung konzentriert für Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf eingesetzt werden.
- Es soll ein flexibles Angebot an Leistungsverbesserungen mit entsprechenden Wahlmöglichkeiten der Pflegebedürftigen vorgesehen werden, damit möglichst viele Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in häuslicher Pflege begünstigt werden.
- Die knappen Finanzmittel der Pflegeversicherung sollen grundsätzlich nur für qualitätsgesicherte Betreuungsangebote eingesetzt werden. Das Konzept an Leistungsverbesserungen darf nicht den Charakter eines bloßen Geldhingabemodells aufweisen.
- Es sollen strukturpolitisch sinnvolle Weichenstellungen vorgenommen werden, d. h. es sollen Versorgungsstrukturen geschaffen und gefördert werden.
- Die zu treffenden Maßnahmen sollen möglichst schnell in der Praxis wirken können.
- Die zu treffenden Regelungen dürfen nicht missbrauchsanfällig sein.
- Für die Inanspruchnahme der zusätzlich vorzusehenden Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf dürfen keine unnötigen bürokratischen Hürden aufgebaut werden.

Der zu begünstigende Personenkreis

Begünstigt werden sollen Pflegebedürftige, bei denen nach Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung neben dem in der Pflegeversicherung bereits zu berücksichtigenden verrichtungsbezogenen Hilfebedarf (§§ 14 und 15 SGB XI) noch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist.

Dies ist der Personenkreis der gerontopsychiatrisch veränderten Menschen sowie der Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung. Bei der Bestimmung des Personenkreises wird ebenso wie bei der Definition der Pflegebedürftigkeit nicht auf bestimmte Krankheitsdiagnosen abgestellt, sondern auf einen tatsächlichen Hilfebedarf, der durch bestimmte Defizite in den so genannten Alltagskompetenzen ausgelöst ist.

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen – MDS – hat auf der Grundlage der aus der Begutachtungstätigkeit der letzten Jahre gewonnenen Erkenntnisse gemeinsam mit externen Sachverständigen zahlreiche Prüfpunkte entwickelt, die dem Gutachter im Rahmen eines Assessmentverfahrens die Zuordnung zu dem berechtigten Personenkreis ermöglichen. Danach sind für die Bewertung der eingeschränkten Alltagskompetenz Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen in folgenden Bereichen, die durch die im Gesetzentwurf aufgeführten Kriterien konkretisiert werden, maßgebend:

1. Eigen- oder Fremdgefährdung
2. Soziales Verhalten
3. Eigenantrieb/Eigenkompetenz
4. Stimmung, Wahrnehmung, Erleben
5. Tag-/Nacht-Rhythmus.

Ob der Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung erheblich ist, richtet sich nach dem Umfang der im Einzelfall festgestellten Defizite in den Alltagskompetenzen, sie erlauben zuverlässige Rückschlüsse auf den Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

Ermittlungen des MDS haben ergeben, dass der zu begünstigende Personenkreis 500 000 bis 550 000 Pflegebedürftige in häuslicher Pflege umfassen dürfte.

Die Maßnahmen

1. Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf erhalten einen Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr. Dieser Betrag wird den Pflegebedürftigen nicht wie das Pflegegeld im voraus und weitgehend zur freien Verwendung ausgezahlt. Die zusätzlichen finanziellen Mittel sind vielmehr zweckgebunden einzusetzen für die Inanspruchnahme qualitätsgesicherter Betreuungsangebote, die gleichzeitig infrastrukturprägende Wirkungen haben. Erstattet werden daher nur Aufwendungen, die den einzelnen Pflegebedürftigen entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege, sowie von Leistungen der nach § 45c förderungsfähigen so genannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote sowie von besonderen Angeboten der zugelassenen Pflegedienste im Bereich der allgemeinen Anleitung und Betreuung.

   Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen Finanzmittel von der zuständigen Pflegekasse, dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefeststellen gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der im Gesetz aufgeführten Betreuungsleistungen entstanden sind.

   Die finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen bei einer Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege sowie von Kurzzeitpflege dürfte tendenziell die Nachfrage nach diesen wichtigen Leistungsangeboten der Pflegeversicherung steigern. Dies wiederum dürfte in gewissem Umfang auch strukturfördernde Effekte zur Folge haben und den Einrichtungen Impulse geben für die Entwicklung spezifischerer Angebote insbesondere für die Zielgruppe der demenziell erkrankten Pflegebedürftigen. Es ist notwendig, dass in den Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege Anstrengungen darauf ausgerichtet werden, die Qualität der gerontopsychiatrischen Pflege weiterzuentwickeln. In diesem Zusammenhang kommt dem in England entwickelten psychometrischen Verfahren zur Verhaltens- und Wohlbefindensbeobachtung bei Menschen mit Demenz in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen, dem so genannten Dementia Care Mapping, eine besondere Bedeutung zu. Diese Beobachtungsmethode bietet praktisch erstmals die Möglichkeit, die Qualität der gerontopsychiatrischen Pflege gezielt zu beurteilen und im Detail weiterzuentwickeln – eine wichtige Voraussetzung für die Zukunftsaufgabe, Demenz in ihren Auswirkungen für die Betroffenen und ihre Pflegepersonen erträglich zu machen.

2. Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf wird mit insgesamt 10 Mio. Euro je Kalenderjahr aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung gefördert ergänzend zu einer Förderung durch Land oder Kommune in gleicher Höhe.

   Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sind Personen mit ganz unterschiedlichen Kompetenzen und Defiziten und demzufolge ganz unterschiedlichen Anforderungen an Betreuung und Pflege. Erforderlich ist daher ein auf die Bedürfnisse des Einzelnen abgestimmtes Angebot an geeigneten, frühzeitigen, qualitativ guten Maßnahmen und Hilfen. Derzeit ist dieses Angebot weder quantitativ ausreichend vorhanden, noch erfüllen die vorhandenen Dienste und Einrichtungen durchgängig die Anforderungen an eine dementengerechte Betreuung. Berücksichtigt man die demografische Entwicklung mit der zu erwartenden Zunahme der Zahl demenzkranker Mitbürger, wird deutlich, wie notwendig in Zukunft eine wohnortnahe leistungsfähige Infrastruktur sein wird, um Demenzkranken und ihren Angehörigen eine überzeugende Alternative zur vollstationären Pflege zu bieten.

   Es ist daher dringend erforderlich, verstärkt Pflegearrangements zu entwickeln, die Demenzkranken und ihren pflegenden Angehörigen Räume für Lebensqualität schaffen. Zu diesem Zweck soll mit 10 Mio. Euro im Kalenderjahr

aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung unter finanzieller Beteiligung von Ländern oder Kommunen in gleicher Höhe die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf gefördert werden. Dies geschieht über zwei Förderkomponenten:

1. Förderkomponente

Die Förderung des Auf- und Ausbaus von so genannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten

Dies sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung insbesondere von demenzkranken Menschen in Gruppen oder auch im häuslichen Bereich übernehmen.

In Baden-Württemberg werden derzeit beispielsweise Betreuungsgruppen mit bis zu 10 000 DM (rd. 5 100 Euro) jährlich pro Betreuungsgruppe gefördert. Diese Fördersumme wird regelmäßig als ausreichend betrachtet, wobei allerdings zusätzlich die einzelnen betreuten Pflegebedürftigen für einen gesamten Tag in der Betreuungsgruppe einen Unkostenbeitrag von rd. 60 DM (rd. 30 Euro) einschließlich Verpflegung zu zahlen haben, für den halben Tag rd. 20 DM (rd. 10 Euro). Mit einem Fördervolumen von bis zu 10 Mio. DM (5 100 Mio. Euro) jährlich lassen sich z. B. 2 000 Betreuungsinitiativen mit einem Zuschuss von jeweils 5 000 DM (rd. 2 560 Euro) jährlich finanzieren. Danach ist im Ergebnis der Aufbau eines bundesweiten Netzes an Betreuungsgruppen und sonstigen Betreuungsinitiativen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf möglich, rechnerisch käme auf je 40 000 Einwohner eine Betreuungsinitiative.

Erfahrungen der Praxis zeigen, dass pflegenden Angehörigen die Entscheidung, zu ihrer notwendigen Entlastung Hilfen von außen anzunehmen, leichter fällt, wenn es um die Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten geht, da diese im Vergleich zu teilstationären Pflegeeinrichtungen in der Regel in einem familiäreren Rahmen stattfinden. Die vorgesehene Förderung dieser Betreuungsangebote entspricht dem Wunsch und Bedürfnis pflegender Angehöriger.

Die derzeit in verschiedenen Regionen der Bundesrepublik existierenden Betreuungsinitiativen insbesondere für demente Pflegebedürftige sind überzeugende Beispiele dafür, dass in der Betreuung dementer Pflegebedürftiger das Engagement Freiwilliger nicht nur zum Wohle der betroffenen Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen praktiziert werden kann, sondern dass auch die unter fachlicher Unterstützung und Anleitung einer Pflegefachkraft ehrenamtlich arbeitenden Helfer und Helferinnen aus ihrer Tätigkeit Zufriedenheit und eine Stärkung ihres Selbstwertgefühles beziehen.

In Deutschland gibt es ein beachtliches Potenzial an Personen, die geeignet und bereit sind, in ehrenamtlichen Betreuungsgruppen mitzuwirken. Es besteht Interesse an einer sinnvollen helfenden Tätigkeit vor allem auch bei älteren Menschen, die als pflegende Angehörige einschlägige Erfahrungen in der Pflege von Familienangehörigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf gemacht haben und diese Erfahrungen gerne im Interesse anderer Betroffener einbringen wollen. Dieses freiwillige Engagement gilt es zu unterstützen. Bürgerschaftliches Engagement ist eine unverzichtbare Bedingung für den Zusammenhalt der Gesellschaft. Mit dieser Leitlinie hat im Übrigen der Deutsche Bundestag bereits 1999 eine Enquete-Kommission eingesetzt, die Vorschläge für die Förderung von Ehrenamt und Bürgerengagement erarbeiten soll, nicht zuletzt als Signal der Aufmerksamkeit und Anerkennung an die Millionen Engagierten im Land. Öffentliche Anerkennung allein reicht jedoch nicht: Engagierte Menschen, Vereine und Verbände erwarten konkrete Verbesserungen der Rahmenbedingungen für ihre Arbeit.

Die bloße Zurverfügungstellung von Geldmitteln schafft jedoch noch keine Betreuungsgruppen, hier ist vielmehr die Initiative und das Mitwirken auf verschiedenen Ebenen erforderlich. Hilfestellung kann hier unter anderem der von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft geplante Leitfaden „Aufbau von Betreuungsgruppen“ geben.

Wichtig ist zudem nach Aussagen aller in diesen niedrigschwelligen Betreuungsangeboten Arbeitenden eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, die positive Beispiele gelungenen Freiwilligenengagements aufzeigt, um Menschen zu motivieren, ihr grundsätzlich vorhandenes Engagement in derartigen Initiativen zugunsten Pflegebedürftiger einzubringen.

2. Förderkomponente

Die Förderung von Modellvorhaben, die eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige, insbesondere demenzkranke Pflegebedürftige zum Ziel haben

Dabei sollen vor allem Möglichkeiten einer stärker integrativ ausgerichteten Versorgung Pflegebedürftiger ausgeschöpft und in einzelnen Regionen Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung aller für die Pflegebedürftigen erforderlichen Hilfen zur Verbesserung ihrer Versorgungssituation erprobt werden.

An der Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote sowie der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Konzepte und Strukturen der Versorgung Pflegebedürftiger mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf haben sich die privaten Versicherungsunternehmen zu beteiligen, da die zu fördernden Betreuungsangebote auch den bei ihr versicherten Pflegebedürftigen zugute kommen. Der Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen in Höhe von 10 vom Hundert der Gesamtfördersumme entspricht dem Verhältnis der Zahl der in der privaten Pflegepflichtversicherung Versicherten zur Gesamtzahl der in der gesetzlichen (sozialen und privaten) Pflegeversicherung Versicherten.

Mit der Zuschussgewährung aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung sollen die regionalen Körperschaften nicht aus ihrer Verantwortung für die Vorhaltung einer entsprechenden Infrastruktur entlassen werden. Die Zuschussgewährung durch die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen soll vielmehr eine Förderung der einzelnen Betreuungsinitiativen und Modellvorhaben durch Land oder Kommune ergänzen. Der Zuschuss aus Mitteln der Pflegeversicherung wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zu-

schuss von Land oder Kommune, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 20 Mio. Euro im Kalenderjahr für Fördermaßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen kann. Wenn für einzelne Modellprojekte im Land Mittel der Arbeitsförderung eingesetzt werden, z. B. bei Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, sind diese Mittel einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

3. Bestehende Beratungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und ihre pflegenden Angehörigen sollen verbessert und erweitert werden, insbesondere durch Ausbau beratender Hilfen im häuslichen Bereich.

   Erfahrungen der Praxis belegen, dass Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, insbesondere jedoch deren pflegende Angehörige in besonderer Weise der zusätzlichen Beratung und Hilfen im häuslichen Bereich bedürfen, um den mit hohen physischen und psychischen Belastungen verbundenen Pflegealltag besser bewältigen zu können. Derzeit fehlen jedoch noch ausreichend zielgruppenorientierte Beratungsangebote, daher ist es vorrangig notwendig, für diesen Personenkreis die Beratungsangebote in der häuslichen Umgebung zu fördern.

   Dazu soll der in § 37 Abs. 3 SGB XI vorgesehene Pflegeeinsatz stärker als Beratungsbesuch ausgestaltet werden und durch die Vorgabe eines bundeseinheitlichen Standards eine Qualifizierung erfahren. Dies liegt im Interesse aller Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen. Gleichzeitig wird den Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf die Möglichkeit eingeräumt, diesen Beratungsbesuch zweimal in dem gesetzlich vorgesehenen Intervall (vierteljährlich bei der Pflegestufe III und halbjährlich bei der Pflegestufe I und II) in Anspruch zu nehmen.

   Zusätzlich sind zur Erweiterung und Verbesserung bestehender Beratungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und ihre Angehörigen Regelungen in dem bereits verabschiedeten Entwurf des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes enthalten. Dort ist vorgesehen, dass die Pflegekassen ergänzend zu der Beratung durch eigenes Personal auch Beratungsangebote vor Ort durch trägerunabhängige Koordinierungs- und Beratungsstellen mitfinanzieren können.

   Zudem sollen die Pflegekassen ihr Angebot an Pflegekursen verstärkt auch auf praktische Anleitung und Unterweisung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen ausrichten (§ 45 SGB XI). Die derzeitigen Angebote an Pflegekursen sind noch nicht ausreichend zielgruppenorientiert, erreicht werden vorrangig Pflegende, deren häusliche Pflegesituation es erlaubt, für mehrere Kursabende einen Veranstaltungsort aufzusuchen. Dazu sind häufig pflegende Angehörige von demenzkranken Pflegebedürftigen nicht in der Lage, da sie durch die Pflege in ganz besonderer Weise zeitlich beansprucht werden. Zudem kommt in den herkömmlichen Kursangeboten die individuelle Beratung zu kurz, das soziale Umfeld kann nicht mit einbezogen werden. Daher sollen die Pflegekassen bei ihrem Angebot an Pflegekursen verstärkt auch den häuslichen Bereich des Pflegebedürftigen mit einbeziehen.

4. Flankiert werden sollen diese Maßnahmen durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit von Bundesregierung und Pflegekassen, die Verständnis insbesondere für die Situation demenzkranker Menschen wecken, Anleitungen zum Umgang mit ihnen geben, Maßnahmen der Prävention zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder Verhinderung einer Verschlimmerung aufzeigen und Grundlagenwissen für eine bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung dementer Menschen vermitteln soll. Zudem soll auf gelungene Projekte der Betreuung dementer Menschen aufmerksam gemacht werden, in denen sich in überzeugender Weise bürgerschaftliches Engagement mit professioneller Pflege zum Wohle der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen verbindet. Durch Positivbeispiele können einzelne Interessierte zu einem Tätigwerden in einer Betreuungsinitiative für Mitbürger mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf motiviert werden.

   Mit diesem Bündel von Maßnahmen wird in finanziell verantwortbarer Weise ein wichtiger Fortschritt in dem Bemühen um eine Verbesserung der Versorgungssituation von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf erreicht werden können. Die Aufgabe, die schwierige Situation dieser Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen zu erleichtern, kann jedoch nicht nur mit Mitteln der Pflegeversicherung bewältigt werden, es handelt sich hier vielmehr um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Lebensqualität der Betroffenen und der sie pflegenden Angehörigen und beruflich Betreuenden wird wesentlich durch die Einstellung und Haltung der Gesellschaft beeinflusst. Gefordert ist hier das Mitdenken und Mitwirken auf verschiedenen Ebenen, gefordert sind alle Beteiligten, Bund, Länder, Kommunen, Sozialhilfeträger, Pflegekassen, Kirchen, Wohlfahrtsverbände und auch private Initiativen.

Der Gesetzentwurf sieht als weitere Änderung im Recht der Pflegeversicherung eine Verlängerung der zum 31. Dezember 2001 auslaufenden Übergangsregelung vor, nach der die Pflegekassen bei teilstationärer und vollstationärer Pflege im Rahmen der gedeckelten leistungsrechtlichen Höchstbeträge neben den Aufwendungen für die Grundpflege und die soziale Betreuung auch die im Pflegesatz enthaltenen Aufwendungen für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernehmen. Diese Regelung wird um drei Jahre verlängert. Gleichzeitig wird die Regelung über die pauschalen Leistungsbeträge bei stationärer Pflege in Höhe von 1 023 Euro in der Pflegestufe I, 1 279 Euro in der Pflegestufe II, 1 432 Euro in der Pflegestufe III und 1 688 Euro in Härtefällen ebenfalls um drei Jahre verlängert.

III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Für die im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen hat der Bund das Gesetzgebungsrecht. Die Gesetzgebungskompetenz stützt sich auf Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz (Sozialversicherung) sowie auf Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11

Grundgesetz (Recht der Wirtschaft), soweit Regelungen die private Pflegepflichtversicherung betreffen.

Bei der sozialen Pflegeversicherung handelt es sich um ein System mit bundeseinheitlichem Beitragssatz und bundesweitem kassenartenübergreifenden, ausgabenbezogenen Finanzausgleich. In einem solchen System ist es nicht nur notwendig, Voraussetzungen, Inhalt und Umfang von Leistungsansprüchen bundeseinheitlich zu regeln. Im Interesse der Gleichbehandlung der Versicherten sind vielmehr auch bundeseinheitliche Regelungen erforderlich, wenn es um die Einführung von Qualitätskriterien für die Leistungserbringung sowie die Schaffung neuer Versorgungsangebote finanziert mit Mitteln der Pflegeversicherung geht.

Die private Pflegepflichtversicherung führt die gesetzliche Pflegeversicherung gleichberechtigt neben der sozialen Pflegeversicherung durch. Den in der privaten Pflegepflichtversicherung Versicherten ist das gleiche Leistungsangebot wie den in der sozialen Pflegeversicherung Versicherten zur Verfügung zu stellen, es tritt lediglich an die Stelle der Sachleistung die in der privaten Versicherung übliche Kostenerstattung. In der privaten Pflegepflichtversicherung werden auch die Beiträge – ohne die Kosten – auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle Unternehmen ermittelt, es besteht zudem ein bundesweiter Risikoausgleich. Aus diesen Gründen ergibt sich auch für diesen Bereich die Notwendigkeit bundeseinheitlicher Regelungen.

Es ist daher erforderlich, dass die nachfolgenden Regelungen bundesweit Geltung erlangen:

– Qualifizierung der Pflegeeinsätze für Pflegegeldbezieher
– Erweiterung des Anspruchs auf Beratungsbesuche im häuslichen Bereich
– Einführung eines zusätzlichen Betreuungsbudgets für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
– Festlegung von Kriterien zur einheitlichen Begutachtung des zu begünstigenden Personenkreises der Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
– Schaffung neuer Betreuungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Mit den Änderungen wird die Inhaltsübersicht, die Bestandteil des SGB XI ist, an die neuen Vorschriften angepasst.

Zu Nummer 2 (§ 37)

Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und ihre pflegenden Angehörigen benötigen in besonderer Weise der Hilfestellung und Beratung, um den mit hohen physischen und psychischen Belastungen verbundenen Pflegealltag besser bewältigen zu können. Der im geltenden Recht vorgesehene Pflege-Pflichteinsatz, den Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, in der Pflegestufe I und II einmal halbjährlich und in der Pflegestufe III einmal vierteljährlich abzurufen haben, bietet geeignete Möglichkeiten der gezielten Hilfe und pflegefachlichen Beratung im häuslichen Bereich. Diese Möglichkeiten werden noch nicht in dem gewünschten Umfang genutzt. Der Pflegeeinsatz muss stärker als bisher von allen Beteiligten als Beratungsbesuch begriffen und ausgestaltet werden.

Zu Buchstabe a

Mit der veränderten Fassung des Absatzes 3 soll der Beratungscharakter der Pflegeeinsätze stärker zum Ausdruck gebracht werden. Zudem erhalten Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, die Pflegegeld beziehen, die Möglichkeit, den Beratungsbesuch in dem gesetzlich vorgesehenen Zeitintervall zweimal in Anspruch zu nehmen. Dieser Anspruch ist nicht für Pflegebedürftige vorgesehen, die Sachleistungen in Anspruch nehmen. Denn es wird erwartet, dass die Mitarbeiter der zugelassenen Pflegedienste, die die Sachleistungen erbringen, im Rahmen ihres Pflegeeinsatzes im konkreten Einzelfall den Anleitungs-, Unterstützungs- und Beratungsbedarf der Pflegebedürftigen oder der pflegenden Angehörigen erkennen und entsprechend berücksichtigen.

Zu Buchstabe b

Derzeit weist der Einsatz leider noch zu stark Kontrollcharakter auf, nicht zuletzt bedingt durch das vom Pflegedienst an die zuständige Pflegekasse weiterzuleitende Formular, das die Rubrik „Pflege ist nicht gesichert“ enthält. Daher sieht Absatz 4 vor, dass das Formular künftig stärker den Charakter einer Einsatzdokumentation bekommen soll, in der positiv aufgezählt wird, welche Vorschläge den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen zur Erleichterung oder Verbesserung der Pflege gemacht wurden. Aus diesem Bericht des Pflegedienstes oder der beauftragten Pflegefachkraft können von der zuständigen Pflegekasse hinreichend Rückschlüsse gezogen werden, ob und gegebenenfalls welche Schritte im konkreten Einzelfall zu veranlassen sind.

Insgesamt soll der Beratungsbesuch eine Qualifizierung erfahren. Zu diesem Zweck sollen die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen zur qualitätsgesicherten Durchführung der Beratungsbesuche vereinbaren. Zur Qualitätssicherung gehört insbesondere, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie dem sich daraus ergebenden Hilfebedarf des Pflegebedürftigen mitbringen. Zudem soll der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt werden. Dies ist nunmehr durch Absatz 4 verbindlich vorgegeben. Für die Hausbesuche bei demenziell erkrankten Pflegebedürftigen sollen möglichst Pflegefachkräfte mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung eingesetzt werden. Sofern dies durch die zugelassenen Pflegedienste vor Ort nicht gewährleistet werden kann, können die Pflegekassen auch

geeignete Pflegekräfte, die nicht Mitarbeiter zugelassener Pflegedienste sind, mit der Durchführung der Hausbesuche beauftragen. Allerdings dürfen diese Pflegekräfte nicht bei der Pflegekasse angestellt sein, um den Hausbesuchen nicht einen unerwünschten Kontrollcharakter zu geben.

Wenn die Neuregelungen über die Neugestaltung des Pflegeeinsatzes bei Pflegegeldbeziehern sinnvoll mit Leben erfüllt werden, bedeutet dies, dass damit in gewissem Umfang ein Case-Management sichergestellt werden kann. Denn wenn Mitarbeiter eines Pflegedienstes oder von der Pflegekasse beauftragte Pflegekräfte regelmäßig Pflegebedürftige in ihrem häuslichen Bereich aufsuchen, werden sie feststellen können, ob und welche Maßnahmen zur Optimierung der Versorgungssituation im häuslichen Bereich zweckmäßig sind und ob gegebenenfalls weitergehende Hilfestellungen erforderlich sind, damit sinnvolle Vorschläge von den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen auch umgesetzt werden. Probleme in der täglichen Pflege und Betreuung können regelmäßig besprochen und geklärt werden.

Die Regelung des Absatzes 6 entspricht weitgehend geltendem Recht (§ 37 Abs. 3 Satz 7). Zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege soll auch künftig bei Beziehern von Pflegegeld ein Verzicht auf einen Hausbesuch durch professionelle Pflegekräfte nicht möglich sein. Mit der beabsichtigten Qualifizierung dieser Beratungsbesuche im häuslichen Bereich werden jedoch wichtige Voraussetzungen geschaffen, dass diese Hausbesuche von den Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen stärker als bisher als eine Bereicherung ihres Pflegealltags erfahren werden können.

Zu Nummer 3 (§ 41)

Die Änderung des § 41 enthält Klarstellungen zum Anspruch auf Tagespflege.

Zu Buchstabe a

Die Neufassung des Absatzes 1 soll den ergänzenden Charakter der Tagespflege bei der Sicherstellung der häuslichen Pflege stärker zum Ausdruck bringen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der in Nummer 4 vorgesehenen Verlängerung der Übergangsregelung über die Finanzierung der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen.

Zu Buchstabe c

Absatz 3 regelt in den Sätzen 1 und 2 – ebenso wie dies in der bisherigen Fassung des Absatzes 3 der Fall war – das Zusammentreffen von Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit der häuslichen Pflegesachleistung oder mit dem Pflegegeld. Diese Leistungen werden nicht voll nebeneinander zur Verfügung gestellt, sondern miteinander verrechnet. Die bisherige Fassung hat in der Praxis zu dem Missverständnis geführt, der Anspruch auf teilstationäre Pflegeleistungen sei vorrangig vor dem Anspruch auf häusliche Pflegeleistungen zu befriedigen. Die neue Fassung soll verdeutlichen, dass für die Befriedigung der Leistungsansprüche der Grundsatz des Vorrangs der häuslichen Pflege gilt. Dies bedeutet, dass die Pflegekasse vorrangig die Forderungen des ambulanten Pflegedienstes zu erfüllen hat, der die Pflegesachleistung nach § 36 erbringt.

Zu Nummer 4 (§§ 42, 43)

Mit dieser Änderung wird die derzeitige Übergangsregelung über die Finanzierung der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in teilstationären und vollstationären Pflegeeinrichtungen um drei Jahre verlängert. Derzeit übernehmen die Pflegekassen die in diesen Pflegeeinrichtungen notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen im Rahmen der gedeckelten leistungsrechtlichen Höchstbeträge in Höhe von 1 023 Euro in der Pflegestufe I, 1 279 Euro in der Pflegestufe II und 1 432 Euro in der Pflegestufe III, in Härtefällen 1 688 Euro monatlich.

Die Übergangsregelung über die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen wird verlängert, weil die Entscheidung über die endgültige Ausgestaltung der Regelung über die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege sachgerecht einzubetten ist in eine grundsätzliche Gesamtdiskussion über die in den letzten Jahren aufgetretenen Schnittstellenprobleme zwischen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und der sozialen Pflegeversicherung andererseits. Klärungsbedürftig sind hier insbesondere Probleme im Bereich der häuslichen Krankenpflege, der Rehabilitation, der Hilfsmittelversorgung sowie der integrierten Versorgung Pflegebedürftiger. Für diese notwendige Gesamtdiskussion wird ausreichend Zeit benötigt. Daher ist eine Verlängerung der derzeitigen Regelung über die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege um drei Jahre vorgesehen.

Durch diese Verlängerung wird die Qualität der Pflege und Betreuung in den stationären Pflegeeinrichtungen nicht nachteilig berührt. Die Pflegebedürftigen im Heim erhalten weiterhin die im Einzelfall notwendigen Leistungen. Den Heimträgern werden diese Leistungen vergütet, da die Aufwendungen für diese Leistungen wegen des Anspruchs des Heimträgers auf eine leistungsgerechte Vergütung im Rahmen des Pflegesatzes mit berücksichtigt werden müssen. Es kann also kein Heimträger den Vorwurf erheben, ihm fehlten Mittel zur Finanzierung notwendigen Personals, weil die behandlungspflegerischen Leistungen nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert würden.

Gleichzeitig wird die Regelung des § 43 Abs. 5 SGB XI über die stationären Leistungspauschalen um ebenfalls drei Jahre verlängert. Die Behandlungspflege stellt einen nicht unwesentlichen Teil des Leistungsgeschehens bei vollstationärer Pflege dar. Daher soll über die Ausgestaltung der Dauerregelung für die stationären Pflegeleistungen der Pflegeversicherung im sachlichen und zeitlichen Zusammenhang mit der Ausgestaltung der Finanzierungsregelung für die behandlungspflegerischen Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen entschieden werden.

Zu Nummer 5 (§ 43b)

Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege unter den Voraussetzungen des § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gegenüber der zuständigen Krankenkasse einen Anspruch auf Finanzierung der im Einzelfall notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Da sich

der Charakter der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nicht dadurch ändert, dass sich ein Pflegebedürftiger in einer stationären Pflegeeinrichtung aufhält, sollten diese Leistungen auch bei Pflegebedürftigen in stationärer Pflege von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Dabei kann sowohl ein Individualanspruch des einzelnen versicherten Pflegebedürftigen als auch eine Pauschalzahlung zur Abgeltung erbrachter behandlungspflegerischer Leistungen an die Pflegekassen in Betracht kommen. Die konkrete Ausgestaltung dieser Finanzierungsregelung bleibt einem besonderen Gesetz vorbehalten.

Zu Nummer 6 (Fünfter Abschnitt mit den §§ 45a bis 45c)

Der neue Fünfte Abschnitt sieht Regelungen zur Verbesserung der Versorgungssituation von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in häuslicher Pflege vor. Er enthält zudem Bestimmungen zur Abgrenzung des Personenkreises, der durch zusätzliche Leistungen begünstigt werden soll sowie Regelungen zur finanziellen Förderung der Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf.

Zu § 45a

In dieser Vorschrift wird der Personenkreis umschrieben, für den dieses Gesetz Leistungsverbesserungen zur Stärkung der häuslichen Pflege vorsieht.

Absatz 1 enthält konkrete Vorgaben zur Abgrenzung und Begutachtung des Personenkreises der Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Dabei wird ebenso wie bei der Definition der Pflegebedürftigkeit nicht auf bestimmte Krankheitsdiagnosen abgestellt, sondern auf einen tatsächlichen Hilfebedarf, der durch bestimmte Defizite in den so genannten Alltagskompetenzen ausgelöst ist.

Bei Kindern ist nach der Vorschrift des § 15 Abs. 2 SGB XI der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend. Dadurch wird klar gestellt, dass „der natürliche, altersentsprechende Pflegebedarf von Kindern“ unberücksichtigt bleibt und allein auf den das altersübliche Maß übersteigenden Aufwand abzustellen ist.

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen hat auf der Grundlage der in mehrjähriger Begutachtungstätigkeit gewonnenen Erkenntnisse gemeinsam mit externen Sachverständigen ein Prüfverfahren entwickelt, das dem Gutachter des Medizinischen Dienstes ermöglicht, im Einzelfall die Schwere der Einschränkung in der Alltagskompetenz des Pflegebedürftigen festzustellen.

Ob der Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung erheblich ist, ist nicht nach dem zeitlichen Umfang der allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung, sondern aufgrund des Vorliegens mehrerer Defizite in den Alltagskompetenzen zu prüfen, deren Vorliegen zuverlässige Rückschlüsse auf den Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung erlauben. In Absatz 2 sind im Einzelnen die Schädigungen und Fähigkeitsstörungen aufgelistet, die maßgebend sind für die Bewertung, ob die vorliegende Einschränkung der Alltagskompetenz erheblich ist. Dauerhaft ist die Einschränkung der Alltagskompetenz, wenn die maßgeblichen Störungen mit dem sich daraus ergebenden Hilfebedarf voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen werden. Im Interesse einer bundeseinheitlichen Rechtsanwendung werden nähere Einzelheiten der Begutachtung und der Feststellung des allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfs in den Begutachtungsrichtlinien nach § 17 festgelegt, deren Erlass und Änderung durch das zuständige Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind.

Bei künftigen Erst- und Wiederholungsbegutachtungen von zu Hause betreuten Pflegebedürftigen wird der Gutachter immer auch Feststellungen darüber treffen, ob ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung besteht. Bei bereits anerkannten Pflegebedürftigen, bei deren Begutachtung der Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung noch nicht mitgeprüft werden konnte (Altfälle), veranlasst die zuständige Pflegekasse die Begutachtung, wenn der Pflegebedürftige die zusätzliche Leistung beantragt, sofern sich das Vorliegen der Voraussetzungen für diesen Leistungsanspruch nicht ausnahmsweise schon eindeutig aus der Aktenlage ergibt.

Zu § 45b

Mit dieser neuen Vorschrift wird ein Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro jährlich für diejenigen Pflegebedürftigen eingeräumt, die neben dem verrichtungsbezogenen Hilfebedarf nach § 14 in erheblichem Umfang einen darüber hinausgehenden allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf haben. Dieser Zuschuss ist als eine neue Hilfe/Leistung im Recht der Pflegeversicherung definiert, die neben der Pflegeleistung gewährt wird. Bei den Leistungen nach § 45b handelt sich nicht um gleichartige Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem BSHG, insofern kann auch keine Leistungskonkurrenz zwischen der neuen Leistung nach § 45b und den Leistungen nach dem BSHG bestehen.

Zu Absatz 1

Die Regelung enthält Einschränkungen für die Verwendung des zusätzlichen Betreuungsbetrages. Die zusätzlichen finanziellen Mittel dürfen nur zweckgebunden eingesetzt werden für die im Gesetz aufgelisteten Sachleistungsangebote zur Entlastung der pflegenden Angehörigen. Es handelt sich hier um Sachleistungsangebote, die gleichzeitig infrastrukturprägende Effekte haben.

Eine Verwendung der 460 Euro für zusätzliche Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) durch zugelassene ambulante Pflegedienste oder Pflegefachkräfte wird ausgeschlossen. Es gilt zu verhindern, dass die zusätzlichen Mittel dadurch aufgezehrt werden, dass die zugelassenen ambulanten Pflegedienste bei den Vergütungen für die „normale“ Sachleistung bei Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf eine Erschwerniszulage geltend machen. Den Trägern zugelassener ambulanter Pflegedienste ist aber nicht verwehrt, ebenfalls spezielle Hilfen der allgemeinen Anleitung und Betreuung für diese Pflegebedürftigen anzubieten.

Der zusätzliche Betreuungsbetrag kann auch nicht verwendet werden für zusätzliche Leistungen der „Urlaubspflege“ nach § 39 SGB XI. Denn dies würde, da der Anwendungsbereich des § 39 sehr weit gefasst ist, dazu führen, dass über

den neuen Leistungsanspruch auch Aufwendungen finanziert werden könnten, die im Zusammenhang mit einer Betreuung des Pflegebedürftigen durch Angehörige, Nachbarn, Freunde oder Verwandte entstehen. Im Ergebnis würden damit in der Praxis alle Aufwendungen finanziert werden können, die durch Betreuungsleistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger entstehen. Letztlich würde eine solche Lösung auf eine pauschale Pflegegelderhöhung ohne die gewünschten infrastrukturfördernden Effekte hinauslaufen. Selbstverständlich bleibt es jedoch möglich, das Betreuungsbudget in Höhe von 460 Euro jährlich in Phasen des Urlaubs oder einer sonstigen Verhinderung der Pflegeperson für die in Absatz 1 aufgeführten Betreuungsleistungen einzusetzen.

Zu Absatz 2

Die zusätzlichen Finanzmittel sind von den Pflegebedürftigen bei der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch bei der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle zu beantragen. Dem Antrag sind entsprechende Nachweise über entstandene Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 aufgeführten Betreuungsleistungen beizufügen.

In einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Anteile dieses Betreuungsbetrages können auch noch im Folgejahr beansprucht werden, eine weitergehende Übertragung auf Folgejahre ist nicht möglich.

Zu den erstattungsfähigen Eigenbelastungen können z. B. bei der Inanspruchnahme von Tages- oder Nacht- oder Kurzzeitpflege auch die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten gehören. Damit können sich Pflegebedürftige von den Zuzahlungen entlasten, die regelmäßig bei der Inanspruchnahme dieser Leistungen entstehen. Diese Möglichkeit der finanziellen Entlastung soll Pflegebedürftigen, die z. B. das Leistungsangebot der Tagespflege bislang möglicherweise auch aus finanziellen Gründen noch nicht in Anspruch genommen haben, einen sinnvollen Anreiz geben, dieses Leistungsangebot tatsächlich einmal kennenzulernen. Nach den Erfahrungen können sowohl die pflegenden Angehörigen als auch der Tagesgast von einer Eingewöhnungsphase mit niedriger Besuchsfrequenz profitieren, in den meisten Fällen wird durch die positiven Effekte der Tagespflege schnell eine Erhöhung der Besuchstage angestrebt. Auch finanzielle Argumente, die die erste Festlegung der Besuchstage mitbestimmen, verlieren oft an Gewicht, wenn sich durch die Tagespflege eine Entlastung der häuslichen Pflegesituation und rehabilitative Effekte beim Gast manifestieren.

Zu Absatz 3

Um die Qualität der Betreuungsangebote zu sichern, ist eine Anerkennung der Betreuungsinitiativen notwendig, bei denen Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf Leistungen in Anspruch nehmen wollen. Die Anerkennung soll sich im Einzelnen nach Landesrecht richten. Durch Landesrecht wird bestimmt, welche Stelle im Land für die Anerkennung einer Betreuungsinitiative zuständig ist. Damit die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen wissen, welche Betreuungsangebote sie mit dem zusätzlichen Betreuungsbetrag in Anspruch nehmen können, haben die Pflegekassen sowie die privaten Versicherungsunternehmen eine Liste der in ihrem Einzugsbereich vorhandenen anerkannten Betreuungsangebote zu erstellen. Diese Liste ist den Pflegebedürftigen auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Zu § 45c

Mit dieser Vorschrift werden Regelungen zur Förderung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf getroffen. Erstmals wird in der Pflegeversicherung die Möglichkeit der Durchführung von Modellvorhaben geschaffen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 sieht eine finanzielle Förderung der Arbeit von Betreuungsinitiativen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf vor, insbesondere für demente Pflegebedürftige. Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen benötigen ein Netz von abgestuften, bedürfnisorientierten, gemeindenahen Hilfen und Versorgungsangeboten. In der Praxis hat sich gezeigt, dass insbesondere auch ein hoher Bedarf für ein unbürokratisches niedrigschwelliges Angebot zur Betreuung der dementen Pflegebedürftigen und zur Entlastung der pflegenden Angehörigen besteht. Oft erleichtern gerade diese niedrigschwelligen Angebote den pflegenden Angehörigen den für sie schweren Schritt, erstmals Hilfen von außen in Anspruch zu nehmen. Daher soll mit Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung der Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten gefördert und damit in Ergänzung und Unterstützung des bisherigen Leistungsangebotes der Pflegeversicherung ein zusätzliches Leistungsangebot für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf geschaffen werden.

Zum anderen sollen aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in der Pflegeversicherung gefördert werden. An der Förderung haben sich auch die privaten Versicherungsunternehmen zu beteiligen, da das zu schaffende Betreuungsangebot auch den bei ihr versicherten Pflegebedürftigen zugute kommt. Die Mittel sollen flexibel eingesetzt werden können, um der Entwicklung von Projekten vor Ort ausreichend Raum zu geben.

Zu Absatz 2

Bei beiden in Absatz 1 vorgesehenen Förderkomponenten wird eine entsprechende Förderung der neu zu schaffenden Infrastruktur durch Land oder Kommunen vorausgesetzt, so dass im Ergebnis ein Fördervolumen von rd. 20 Mio. Euro jährlich zur Verfügung stehen kann. Der Zuschuss aus Mitteln der Pflegeversicherung wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss von Land oder Kommune, dabei sind Mittel der Arbeitsförderung, die bei einem Förderprojekt eingesetzt werden, einem von Land oder Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt. Die Fördermittel der gesetzlichen Pflegeversicherung sind nicht nur für neu zu schaffende Infrastruktur einzusetzen. So können beispielsweise auch niedrigschwellige Betreuungsangebote, die bisher allein vom Land oder der Kommune finanziert wurden,

im Rahmen der fortlaufenden jährlichen Förderung künftig anteilig aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung mitfinanziert werden. Auch für Projekte, die bisher nicht oder nur in Teilbereichen als niedrigschwellige Betreuungsangebote für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen eingestuft werden konnten, kann eine Mitfinanzierung durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, wenn der Aufgabenbereich der Projekte im Sinne des § 45c Abs. 3 Satz 1 erweitert wird.

Zu Absatz 3

Gefördert werden können auf Antrag u. a. ehrenamtliche Betreuungsgruppen insbesondere für demente Menschen, die der stundenweisen Betreuung der betroffenen Pflegebedürftigen und der Entlastung pflegender Angehöriger in familiär gestalteter Umgebung dienen. Bei den Betreuungsgruppen handelt es sich um ein niedrigschwelliges und kostengünstiges Angebot, das zwischen häuslicher Versorgung und professioneller Tagespflege steht. Den Pflegebedürftigen wird in der Entlastungsphase des Angehörigen eine Betreuung geboten, die ihnen helfen soll, vorhandene Fähigkeiten zu erhalten oder verlorengegangene Fähigkeiten wieder zu gewinnen. Sie erleben die Betreuung in einem familiär gestalteten Rahmen, der ihren Bedürfnissen weitgehend entspricht. Die Betreuung orientiert sich an den Biographien der betroffenen Pflegebedürftigen und versucht Alltagsnormalität herzustellen. Betreuungsgruppen dieser Art, die im Übrigen auch für pflegende Angehörige wertvolle Kontakt- und Austauschmöglichkeiten bieten, die sie sonst nicht haben, sind bereits in vielen Regionen der Bundesrepublik Deutschland existent. Sie haben unterschiedliche rechtliche Träger und kooperieren u. a. mit Kommunen und verschiedenen Einrichtungsträgern, die z. B. auch geeignete Räume kostenlos zur Verfügung stellen. Die meisten Betreuungsgruppen stehen derzeit in der Trägerschaft von Ortsgruppen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.

Gefördert werden sollen jedoch nicht nur die beschriebenen Betreuungsgruppen, sondern auch andere der Entlastung pflegender Angehöriger dienende niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf. Es soll möglichst viel Flexibilität des Betreuungsangebotes gewährleistet werden, damit weitestgehend auf Entlastungswünsche der Angehörigen eingegangen werden kann. Daher sollen im Interesse derjenigen Pflegebedürftigen, die das Haus nicht verlassen können, auch Betreuungsinitiativen gefördert werden, in denen ehrenamtliche Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung des Pflegebedürftigen stundenweise im häuslichen Bereich übernehmen. Als weitere förderungsfähige Betreuungsangebote kommen in Betracht Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, die Tagesbetreuung in Kleinstgruppen (Tagesmutter-Modell), die insbesondere in dünn besiedelten Gebieten die hinreichende Ortsnähe der Betreuung sichern kann, sowie Familienentlastende Dienste.

Bislang sind die Betreuungsinitiativen im Hinblick auf die Finanzierung der Kosten für den Bereich der Koordination, Organisation und fachlichen Anleitung der ehrenamtlich Helfenden weitgehend auf Spenden angewiesen. Hier soll eine gezielte Förderung mit Mitteln des Landes oder der Kommune sowie der gesetzlichen Pflegeversicherung unterstützend eingreifen. Die Förderung erfolgt in Form der Projektförderung in der Sonderform des Betriebskostenzuschusses. Investitionsaufwendungen sind nicht förderfähig.

Zu Absatz 4

Nach der in Absatz 1 getroffenen Regelung haben die Spitzenverbände der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie den Ländern oder Kommunen Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige, insbesondere für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, durchzuführen. In Anbetracht der zunehmenden Zahl demenziell Erkrankter besteht ein dringender Handlungsbedarf, neue spezifisch am Bedarf der Betroffenen orientierte Versorgungsangebote zu entwickeln.

Um genügend Spielraum für die Erprobung innovativer Versorgungsansätze und neuer leistungsrechtlicher Gestaltungsformen und Verfahren zu geben, kann bei der Vereinbarung von Modellvorhaben von den Regelungen des 7. Kapitels des SGB XI abgewichen werden. Im Rahmen der Modellförderung sind z. B. Modelle zur Vernetzung und Verbindung der Betreuungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch Vermittlungsstellen in Trägerschaft von Betreuungsinitiativen oder von professionellen Diensten (Agenturen) möglich, die auch die Verknüpfung mit Arbeitsförderungsmaßnahmen zulassen.

Dabei kann auch regional die Förderung gerontopsychiatrischer Verbundsysteme sowie der Einsatz von Case- oder Care-Managern vereinbart werden. Sie können regional vorhandene Kompetenzen bündeln, die systematische trägerübergreifende Kooperation aller an der Versorgung Demenzkranker Beteiligter sicherstellen, können die Qualität der Versorgung verbessern und dazu beitragen, frühzeitige Heimeinweisungen zu verhindern.

Die Modellvorhaben sollen Erkenntnisse für künftige gesetzgeberische Entscheidungen über die Weiterentwicklung der Leistungen und der Leistungsgewährung in der Pflegeversicherung vermitteln. Daher ist eine wissenschaftliche Auswertung der Modellvorhaben unerlässlich. Die Auswertung muss allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards entsprechen. Sie soll Auskunft geben, inwieweit die mit dem Modellvorhaben verfolgten Ziele erreicht worden sind und welche Auswirkungen sich auf Qualität und Kosten der Versorgung ergeben.

Zu Absatz 5

Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung zu erreichen, ist das Fördervolumen, das aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung aufgebracht wird, anteilmäßig auf die Länder zu verteilen. Mit der in Absatz 5 getroffenen Regelung wird der Verteilungsschlüssel vorgegeben.

Zu Absatz 6

Mit dieser Regelung werden die Spitzenverbände der Pflegekassen verpflichtet, gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der für

die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe im Bereich der Betreuung Demenzkranker maßgeblichen Spitzenorganisationen und der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen zu den Voraussetzungen, Inhalt und Höchstumfang der Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote sowie Ziele, Dauer, Inhalt und Durchführung der Modellvorhaben zu beschließen. Damit soll die notwendige Transparenz der Förderkriterien, die möglichst bundesweit einheitlich gelten sollen, geschaffen werden. Die Grundsätze sollen auch Regelungen zur Qualitätssicherung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben treffen. Hier ist zu berücksichtigen, dass ehrenamtliche Helfer, die sich in den zu fördernden Betreuungsinitiativen engagieren, nicht nur Fortbildung benötigen, mit der sie befähigt werden, eine betreuerische Leistung in einer Betreuungsgruppe oder in der Familie zu erbringen. Sie benötigen auch Begleitung in der Arbeit durch regelmäßige Treffen für einen Erfahrungsaustausch. Zudem müssen sie jederzeit Möglichkeiten zu Gesprächen mit Fachkräften eingeräumt bekommen, wenn sich Fragen oder Probleme bei der Betreuung im Einzelfall ergeben.

Näheres zur Umsetzung der Empfehlungen wird durch Landesrecht geregelt. Dabei sollte die Entscheidung, ob und in welcher Höhe im konkreten Einzelfall ein niedrigschwelliges Betreuungsangebot oder ein Modellvorhaben gefördert werden soll, auf der Landesebene einheitlich und gemeinsam von den Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam mit dem fördernden Land oder der fördernden Kommune getroffen werden. Die Landesverbände der Pflegekassen sollten durch die Entscheidung des Landes oder der Kommune über die Förderung eines bestimmten Projektes nicht gebunden werden.

Die Empfehlungen sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Die Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit ist vorgesehen, da dieses im Rahmen seines Modellprogramms „Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger“ ebenfalls einen Schwerpunkt auf die Förderung von geeigneten neuen Versorgungskonzepten für Demenzkranke setzen wird.

Zu Absatz 7

Zur Erleichterung des Verwaltungsverfahrens soll der auf die private Pflegepflichtversicherung entfallende Finanzierungsanteil durch den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung überwiesen werden. Zu diesem Zweck ist vorgesehen, dass der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen und dem Bundesversicherungsamt Näheres über die Abrechnung und Zahlung des Finanzierungsanteils der privaten Pflegepflichtversicherung vereinbaren können.

Die nach Absatz 1 einzusetzenden Fördermittel werden unmittelbar aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert, der vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Fördermittel wird von den Spitzenverbänden der Pflegekassen mit dem Bundesversicherungsamt in einer Vereinbarung geregelt.

Zu Nummer 7 (§ 111)

Diese Regelung ermöglicht den privaten Versicherungsunternehmen, die Aufbringung des Finanzierungsanteils der privaten Pflegepflichtversicherung nach § 45c Abs. 1 intern zu vereinbaren. Dazu erforderliche Änderungen des Ausgleichssystems unterliegen der Aufsicht des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen.

Zu Artikel 2 – Änderung des Bundessozialhilfegesetzes

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 3 – Inkrafttreten

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

C. Kosten der öffentlichen Haushalte

Haushaltsausgaben ohne Vollzugsaufwand

Für die Haushalte von Bund, Ländern und Kommunen entstehen im Rahmen der Beihilfe durch den zusätzlichen Anspruch auf Betreuungsleistungen in Höhe von 460 Euro jährlich und die Erweiterung der Beratungseinsätze im häuslichen Bereich schwer zu quantifizierende Mehrkosten in Höhe von etwa 10 Mio. Euro jährlich, davon etwa 1 Mio. Euro für den Bund. Wenn Länder oder Kommunen sich an der Förderung des Auf- und Ausbaus niedrigschwelliger Betreuungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie der Förderung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in dem vorgesehenen Umfang beteiligen, wird dies bei Ländern und Kommunen insgesamt zu Mehrbelastungen in Höhe von jährlich 10 Mio. Euro führen.

Vollzugsaufwand

Für die sozialen Pflegekassen sowie die Länder oder Kommunen entsteht durch die Förderung der Betreuungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie die Durchführung von Modellvorhaben geringfügiger Verwaltungsmehraufwand.

D. Sonstige Kosten

Unmittelbare Auswirkungen auf die private Wirtschaft entstehen durch das Gesetz nicht. Das Gesetz führt durch den zusätzlichen Anspruch „dementer“ Pflegebedürftiger auf Finanzierung von Betreuungsleistungen in Höhe von 460 Euro jährlich sowie durch die begrenzte Erweiterung des Anspruchs auf einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich, die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten für Demenzkranke und die Durchführung von Modellvorhaben zu Mehrausgaben von jährlich bis zu 0,28 Mrd. Euro in der sozialen Pflegeversicherung und etwa 9,2 Mio. Euro in der privaten Pflegepflichtversicherung. Die verbesserten Leistungsangebote sind geeignet, den längeren Verbleib der Pflegebedürftigen in ihrem häuslichen Bereich zu sichern und verhindern damit eine frühzeitige Inanspruchnahme der kostenintensiven vollstationären Pflege.

Die getroffenen Regelungen dürften daher tendenziell zu Einsparungen im stationären Bereich führen.

Gemessen am Gesamtvolumen der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1999 von rd. 16,4 Mrd. Euro und Aufwendungen der privaten Pflegepflichtversicherung von rd. 3 Mrd. Euro sind die Mehrausgaben von so geringer Bedeutung, dass mittelbare Auswirkungen auf die Wirtschaft nicht zu erwarten sind. Vor diesem Hintergrund ist auch nicht mit Auswirkungen auf Einzelpreise sowie das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, zu rechnen.

E. Frauenpolitische Auswirkungen

Rund 90 vom Hundert der Personen, die Pflegebedürftige im häuslichen Bereich pflegen, sind Frauen. Die zusätzliche Finanzierung von Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf sowie alle weiteren in diesem Gesetz vorgesehenen Maßnahmen dienen der Stärkung und Förderung der häuslichen Pflege und bieten damit vor allem den häuslich pflegenden Frauen eine zusätzliche Möglichkeit der Entlastung in ihrem schwierigen Pflegealltag. Die Leistungsverbesserungen tragen daher dazu bei, insbesondere für Frauen die häusliche Pflegesituation zu erleichtern und weiter zu verbessern.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333